

نامه به سردبیر

بررسی شیوع ترومبوآمبولی ریه در اجساد ارجاعی به مرکز پزشکی قانونی تهران با سابقه بستری منتهی به فوت در بیمارستان

دکتر حسن توفیقی زواره * - دکتر بابک مصطفی زاده ** - دکتر جابر قره داغی *** - دکتر سپیده سالکی **** - دکتر اسماعیل فرزانه شیخ احمد **

* متخصص پزشکی قانونی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

** دستیار پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** متخصص پزشکی قانونی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

**** متخصص آسیب شناسی، سازمان پزشکی قانونی کشور

تفاوتی در مورد ارتباط جنس با این بیماری یافت نشده است (۸). از ۲۷ مورد (۱۳/۵٪) ترومبوآمبولی مثبت ریه، ۲۱ مورد (۱۰/۵٪) بیش از ۱۰ روز در بیمارستان بستری بودند که با افزایش طول مدت بستری شیوع ترومبوآمبولی ریه افزایش نشان داد. براساس آزمون پیرسون ($P < 0/001$) داده ها معنی دار است به طوریکه میانگین طول مدت بستری در گروهی که ترومبوآمبولی ریه داشتند بیشتر از گروهی بود که ترومبوآمبولی ریه نداشتند ($P < 0/001$).

از ۲۷ مورد (۱۳/۵٪) ترومبوآمبولی مثبت ریه، ۱۴ مورد (۷٪) به علت تروما و ۱۳ مورد (۶/۵٪) به علل غیر تروما بستری شده بودند. از ۲۷ مورد ترومبوآمبولی مثبت ریه در ۱۲ مورد یعنی ۴۴/۴۴٪ موارد، علت فوت ترومبوآمبولی ریه تعیین گردید. در مطالعات مشابه در ۳۷/۵٪ موارد ترومبوآمبولی ریه کشنده بود (۳).

در بررسی آسیب شناسی نمونه بیشترین یافته انفارکتوس ریه و ادم خونریزی دهنده بود. در ۳۴ مورد در بررسی ماکروسکوپی شک به ترومبوآمبولی ریه ایجاد شده که در ۲۰ مورد آنها ترومبوآمبولی ریه در بررسی آسیب شناسی (میکروسکوپی) تأیید گردید و همچنین در ۷ مورد که در مطالعه ماکروسکوپی شک به ترومبوآمبولی ریه وجود نداشت در بررسی آسیب شناسی (میکروسکوپی) ترومبوآمبولی ریه گزارش شد. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر تشخیص ترومبوآمبولی ریه در بررسی ماکروسکوپی و میکروسکوپی وجود دارد ($P < 0/001$). در مطالعه محل ترومبوآمبولی ریه بیشترین محل، شاخه های انتهایی شریان ریوی بود.

ترومبوآمبولی ریه یکی از علل اصلی مرگ ناگهانی در سیستم تنفسی و علت شایع مرگ در بیماران بستری است که با علائم و نشانه های مختلف و غیر اختصاصی تظاهر پیدا می کند. از این رو تشخیص آن در بالین مهم و مشکل می باشد. کمتر از نیمی از مواردی که پزشک معالج به ترومبوآمبولی ریه مشکوک بوده است در اتوپسی تأیید می شود (۱). برای تشکیل ترومبوز فاکتور اصلی، کاهش سرعت جریان خون در افراد با بستری طولانی مدت است (۲).

این مطالعه روی ۲۰۰ مورد جسد ارجاعی با سابقه بستری بیش از ۴۸ ساعت در بیمارستان، بدون در نظر گرفتن علت بستری و به روش مقطعی انجام گرفت.

پس از کالبد گشایی و بررسی ماکروسکوپی و میکروسکوپی، شیوع ترومبوآمبولی ریه ۱۳/۵٪ تعیین گردید. در مطالعات مشابه شیوع آن ۸/۳٪، ۱۴/۶٪، ۹٪ و ۱۰/۶٪ موارد تعیین شده است (۶-۳).

با مقایسه توزیع فراوانی در گروه های مختلف سنی که ترومبوآمبولی ریه داشتند، با افزایش سن، شیوع ترومبوآمبولی ریه افزایش نشان داد به طوریکه ۶۳٪ موارد ترومبوآمبولی ریه در بالای ۵۰ سال بود. در مطالعه مشابهی در ۸۵٪ موارد، ترومبوآمبولی ریه بالای سن ۵۰ گزارش شده است (۳).

از ۲۷ مورد (۱۳/۵٪) ترومبوآمبولی مثبت ریه، ۱۶ مورد (۸٪) در جنس مذکر و ۱۱ مورد (۵/۵٪) در جنس مؤنث بود. با توجه به آزمون آماری فیشر ($P = 0/3$) از نظر وجود ترومبوآمبولی ریه تفاوت معنی داری بین دو جنس وجود ندارد که در مطالعه مشابه دیگر نیز هیچ

- ۱- کاهش دادن طول مدت بستری بیماران بویژه وضعیت عدم تحرک کامل
 - ۲- استفاده از اقدامات حمایتی در بیماران بستری مثل فیزیوتراپی اندامها
 - ۳- استفاده از عوامل ضد انعقاد در بیماران بستری طولانی مدت و بیمارانی که عوامل خطر تشکیل ترومبوز دارند.
 - ۴- شروع سریع درمان در بیماران با احتمال تشخیص ترومبوآمبولی ریه در راستای کاهش دادن ناتوانی های حاصله و تحمیل هزینه های اضافی بر بیمار و جامعه
- در این مطالعه تشخیص ترومبوآمبولی ریه در بالین بیمار و قبل از فوت در ۵۳٪ موارد صحیح بود. براساس آزمون آماری فیشر ($P < 0.001$) از نظر احتمال تشخیص قبل از فوت و همچنین تشخیص طی بررسی میکروسکوپی، تفاوت معنی داری حاصل شد در حالیکه در مطالعه مشابه فقط در ۳۴٪ آنها قبل از فوت تشخیص صحیح داده شده بود (۷).
- با توجه به یافته های این مطالعه و در نظر داشتن ناتوانی و عوارض حاصل از استقرار ترومبوآمبولی در عروق ریوی، اقدامات زیر جهت کاهش دادن مرگ و میر و ناتوانی های حاصله پیشنهاد می گردد:

References

- 1- Knight B, Saukko P. Forensic Pathology. 3rd edition. Arnold; 2004: 492.
- 2- Dimio VJ, Dimio D. Forensic Pathology. 2nd edition. CRC press; 2001: 74.
- 3- Sandley DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis?. J R Soc Med 1989; 82:203-205.
- 4- Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. Chest. 1995; 108:978-981.
- 5- Karwinski B, Suedsen E. Comparison of clinical and postmortem diagnosis of pulmonary embolism Clinopatho. 2004; 42:135-139.
- 6- Yoo HH, De Paiva SA, Silveira LV, Queluz TT. Logistic regression analysis of potential prognostic factors for pulmonary thromboembolism. Chest. 2003; 123:813-821.
- 7- Morpurgo M, Schmid C. The spectrum of pulmonary embolism. Chest. 1995; 107: 18-20.
- 8- Golin V, Sprovieri SR, Bedrikow R, Salles MJ. Pulmonary thromboembolism: retrospective study of necropsies performed over 24 years in a university hospital in Brazil. Sao Paulo Med J. 2002; 120:105-108.